

Departamento de Servicios de Salud de Arizona/ Oficina para Niños con Necesidades Especial de Salud  
Servicios de Rehabilitación de Niños  
Asignacion de Benefcios Acuerdo por Miembros de AHCCCS/KidsCare

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

¿ Tiene el paciente aseguranza/ seguro médico?     Si         No

Yo estoy de acuerdo que cualquier dinero que yo reciba de una reclamación u otorgado o asignado por corte, éste destinado para pagar los costos médicos y servicios autorizados que provee CRS. Yo estoy de acuerdo que cuándo esten disponible los beneficios de seguro médico, o fondos asignados por corte u otorgados o si hay un tercer partido de beneficios médicos disponible, yo aseguro que esten disponible para pagar por los servicios o reembolse a CRS, o el contratista de CRS que provee los servicios al paciente antes de usar los fondos de CRS . Si yo recibí y convertí cualquier parte de estos fondos o beneficios descritos en esta subsección, para mi propio interés, en vez de pagar por servicios proveidos por CRS para el paciente, yo sere personalmente responsable de pagar la cuenta por los servicios.

Yo estoy de acuerdo de proveer toda la información que sea necesaria para que CRS y los proveedores de CRS puedan colectar de la aseguranza médica. Yo estoy de acuerdo de informar a CRS dentro de (10) días de cualquier cambio sean beneficios médicos o financieros que pueden tener efecto en mi elegibilidad.

**Autorización de Permiso**

Por éste medio doy mi autorización a CRS de intercambiar la información necesaria para completar la reclamación del hospital, otros proveedores o seguro médico. Tambien doy mi autorización a CRS de intercambiar información con DES o AHCCCS y a otras compañías de seguro médico a como sea necesario para determinar elegibilidad financiera.

**Asignación de Beneficios Médicos**

Yo doy mi permiso a cualquier compañía de aseguranza con quién yo tengo cobertura, de hacer los pagos directamente al hospital o médico, clinica, o a otro proveedor de CRS que rindió servicio. Tambien estoy de acuerdo de remitir los dineros que yo reciba del seguro médico a los Servicios de Rehabilitación de Niños (CRS), por los servicios rendidos. Estoy de acuerdo de enviar copias de las explicaciones de los beneficios que yo reciba de la compañía de seguro médico a CRS o a los proveedores de CRS.

Yo atestigüo que e leído ésta declaración, que recibí una copia, y que tengo la autorización para actuar por el paciente, y como su padre/guardian, tengo el derecho de ejecutar y aceptar los terminos, condiciones y autorizaciones indicada anteriormente.

**Fecha de Vencimiento** \_\_\_\_\_

Persona Responsable Financieramente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Personal Financiero de CRS: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Effective: 11/02/06